

Léo Pessini
Christian de Paul de Barchifontaine

Bioética: do Principialismo à Busca de uma Perspectiva Latino-Americana

Introdução

Nosso trabalho é contextualizado na rememoração histórica dos fatos e acontecimentos fundamentais, dos documentos e protagonistas que deram origem à reflexão bioética principialista: o *Relatório Belmont*, da Comissão Nacional Para a Proteção dos Seres Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental (1978); uma descrição rápida do conteúdo dos princípios apontados pela Comissão e a obra clássica, *Principles of Biomedical Ethics*, de T. L. Beauchamp e J. F. Childress (parte I). A seguir, nos perguntamos porque a bioética tornou-se principialista (parte II).

Nossa reflexão apresenta uma análise comparativa, tentando traçar

o perfil de uma bioética “made in USA” e européia (parte III), bem como a fisionomia de uma bioética latino-americana (parte IV). Finalizamos apontando, para além da linguagem dos princípios, a existência de outras linguagens alternativas que ajudam a captar a riqueza da experiência ética, inesgotável numa determinada visão reducionista. Alertamos para a necessidade de elaboração de uma bioética latino-americana aderente à vida destes povos, que ao honrar seus valores históricos, culturais, religiosos e sociais, obrigatoriamente na sua agenda temática contextual, terá encontro marcado com a exclusão social e pontualizará valores tais como comunidade, equidade, justiça e solidariedade.

Gênese do paradigma principialista da bioética “made in USA”

Para melhor entendermos e fazermos uma avaliação crítica pertinente do paradigma bioético principialista, precisamos mergulhar nas origens do surgimento da reflexão bioética e destacar dois fatos de fundamental importância, quais sejam, o *Relatório Belmont* e a obra citada de Beauchamp e Childress, *Principles of Biomedical Ethics*.

a) O Relatório Belmont (1)

É importante ressaltar que na origem da reflexão ética principialista norte-americana está a preocupação pública com o controle social da pesquisa em seres humanos. Em particular, três casos notáveis mobilizaram a opinião pública e exigiram regulamentação ética. São eles: 1) Em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas, em Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes; 2) Entre 1950 a 1970, no hospital estatal de Willowbrook (NY) injetaram o vírus da hepatite em crianças retardadas mentais e 3) Desde os anos 30, mas divulgado apenas em 1972, no caso de Tuskegee study, no estado do Alabama, 400 negros sífilíticos foram deixados sem tratamento para a realização de uma pesquisa da história natural da doença. A pesquisa continuou até 1972, apesar do descobrimento da penicilina. Em 1996, o governo norte-americano pediu desculpas públicas a esta comunidade negra, pelo que foi feito.

Reagindo a estes escândalos, o governo e o Congresso norte-americano constituíram, em 1974, a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (Comissão Nacional para a Proteção dos Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental), com o objetivo de “*levar a cabo uma pesquisa e estudo completo, que identificasse os princípios éticos básicos que deveriam nortear a experimentação em seres humanos nas ciências do comportamento e na biomedicina*”. O Congresso solicitou, também, que a Comissão elaborasse – num prazo de quatro meses – um relatório de pesquisa envolvendo fetos humanos. Inicialmente, os membros da Comissão deram atenção total para esta questão, considerada mais urgente, e deixaram a tarefa de identificar os “*princípios éticos básicos*” para mais tarde. À medida que os trabalhos em questões específicas avançavam, tais como pesquisa com crianças, prisioneiros e doentes mentais, filósofos e teólogos foram convidados para prestar ajuda na tarefa e identificar os “*princípios éticos básicos*” na pesquisa com seres humanos.

Esta Comissão levou quatro anos para publicar o que ficou conhecido como o *Relatório Belmont* (Belmont Report), por ter sido realizado no Centro de Convenções Belmont, em Elkridge, no estado de Maryland. Neste espaço de tempo, os membros da Comissão acharam oportuno publicar algumas recomendações a respeito de como enfocar e resolver os conflitos éticos levantados pelas ciências biomédicas. Para eles, os códigos, não obstante sua utilidade, não eram

operativos, pois “suas regras são com frequência inadequadas em casos de situações complexas”. Além disso, os códigos apontam para a utilização de normas que em casos concretos podem conflitar, resultando, na prática, como “difíceis de interpretar e de aplicar”. É claro que a Comissão dispunha de documentos tais como o Código de Nuremberg (1947) e a Declaração de Helsinque (1964), entre outros, mas considerou o caminho apontado pelos códigos e declarações de difícil operacionalização.

Após quatro anos de trabalhos, a Comissão propõe um método complementar, baseado na aceitação de que “três princípios éticos mais globais deveriam prover as bases sobre as quais formular, criticar e interpretar algumas regras específicas”. A Comissão reconhecia que outros princípios poderiam também ser relevantes, e três foram identificados como fundamentais. Segundo Albert R. Jonsen, um dos 12 membros da Comissão, após muita discussão fixaram-se em três princípios por estarem “profundamente enraizados nas tradições morais da civilização ocidental, implicados em muitos códigos e normas a respeito de experimentação humana que tinham sido publicadas anteriormente, e além disso refletiam as decisões dos membros da Comissão que trabalhavam em questões particulares de pesquisa com fetos, crianças, prisioneiros e assim por diante”.

O *Relatório Belmont* foi oficialmente divulgado em 1978 e causou grande impacto. Tornou-se a declaração principialista clássica, não somente para a ética ligada à pesquisa com seres humanos, já que acabou sendo

também utilizada para a reflexão bioética em geral. Pela sua importância, vejamos como a Comissão entendia os princípios identificados.

b) Os princípios éticos no entender da comissão governamental

Os três princípios identificados pelo *Relatório Belmont* foram o respeito pelas pessoas (autonomia), a beneficência e a justiça. Vejamos rapidamente em que, na visão da Comissão, consistia cada um destes princípios.

O *respeito pelas pessoas* incorpora pelo menos duas convicções éticas: 1) as pessoas deveriam ser tratadas com autonomia; 2) as pessoas cuja autonomia está diminuída devem ser protegidas. Por pessoa autônoma, o Relatório entendia o indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e agir sob a orientação desta deliberação. A autonomia é entendida num sentido muito concreto, como a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa. O conceito de autonomia da Comissão não é o kantiano, o homem como ser autolegislator, mas outro muito mais empírico, segundo o qual uma ação se torna autônoma quando passou pelo trâmite do consentimento informado. Deste princípio derivam procedimentos práticos: um é a exigência do consentimento informado e o outro é o de como tomar decisões de substituição, quando uma pessoa é incompetente ou incapaz, isto é, quando não tem autonomia suficiente para realizar a ação de que se trate.

No princípio da *beneficência*, o *Relatório Belmont* rechaça claramente a

idéia clássica da beneficência como caridade e diz que a considera de uma forma mais radical, como uma obrigação. Nesse sentido, são formuladas duas regras como expressões complementares dos atos de beneficência: a) não causar dano e b) maximizar os benefícios e minimizar os possíveis riscos. Não distingue entre beneficência e não-maleficência, o que será posteriormente realizado por Beauchamp e Childress.

No terceiro princípio, o da justiça, os membros da Comissão entendem justiça como sendo a “imparcialidade na distribuição dos riscos e benefícios”. Outra maneira de entender o princípio de justiça é dizer que “os iguais devem ser tratados igualmente”. O problema está em saber quem são os iguais. Entre os homens existem diferenças de todo tipo e muitas delas devem ser respeitadas em virtude do princípio de justiça, por exemplo, ideal de vida, sistema de valores, crenças religiosas, etc. Não obstante, existe um outro nível em que todos devemos ser considerados iguais, de tal modo que as diferenças nesse nível devem ser consideradas injustiças – neste particular a Comissão não deixou nada claro.

O *Relatório Belmont*, um documento brevíssimo por sinal, inaugurou um novo estilo ético de abordagem metodológica dos problemas envolvidos na pesquisa em seres humanos. Desde o mesmo não se analisa mais a partir da letra dos códigos e juramentos, mas a partir destes três princípios, com os procedimentos práticos deles consequentes. Neste contexto, o trabalho de Beauchamp e Childress, considerados os “pais” da reflexão principialista, vai

ter grande impacto, importância e sucesso nos anos seguintes.

c) A obra clássica de Beauchamp e Childress (2)

É importante notar que o *Relatório Belmont* referia-se somente às questões éticas levantadas pela pesquisa em seres humanos. Estava fora de seu horizonte de preocupação todo o campo da *prática clínica e assistencial*. Beauchamp e Childress, com sua famosa obra *Principles of Biomedical Ethics*, aplicam para a área clínico-assistencial o “sistema de princípios” e procuram, assim, livrá-la do velho enfoque próprio dos códigos e juramentos. Esta obra transformou-se na principal fundamentação teórica do novo campo da ética biomédica. Foi publicada inicialmente em 1979 (em 1994 saiu a quarta edição, revista e ampliada), um ano após o *Relatório Belmont*. Um dos autores, Beauchamp, era membro da Comissão que redigiu o *Relatório Belmont* e se beneficiou de todo o processo. Beauchamp e Childress retrabalharam os três princípios em “quatro”, distinguindo beneficência e não-maleficência. Além disso, para sua obra, basearam-se na teoria de um grande eticista inglês do início do século, David Ross, que escreveu em 1930 um famoso livro intitulado *The Right and the Good*, em que fala dos *deveres atuais* e “*prima facie*” (*prima facie duties* e *actual duties*).

Beauchamp e Childress, no prefácio de sua obra, procuram analisar sistematicamente os princípios morais que devem ser aplicados na biomedicina. Trata-se pois de um enfoque

claramente principialista: entendem a ética biomédica como uma “ética aplicada”, no sentido de que a sua especificidade é aplicar os princípios éticos gerais aos problemas da prática médico-assistencial.

É conveniente assinalar que Beauchamp e Childress são pessoas com convicções filosóficas e éticas bem distintas. Beauchamp é um utilitarista, enquanto que Childress é claramente um deontologista. Suas teorias éticas são portanto distintas e dificilmente conciliáveis na hora de justificar ou fundamentar os citados princípios. Mas ao invés de verem-se frente a um abismo, os autores consideram isso uma vantagem. As discrepâncias teóricas não devem impedir o acordo sobre normas, isto é, sobre princípios e procedimentos. Dizem eles que “o utilitarismo e o deontologismo chegam a formular normas similares ou idênticas”. Todos, tanto os teleologistas como os deontologistas, podem aceitar o sistema de princípios e chegar a decisões idênticas em casos concretos, não obstante suas discrepâncias em relação aos aspectos teóricos da ética.

Nos últimos 20 anos, a opinião de Beauchamp e Childress, a de que os princípios e as normas são considerados obrigatórios *prima facie* e estão no mesmo nível, ganhou aceitação de renomados bioeticistas e somente as circunstâncias e conseqüências podem ordená-los em caso de conflito. Mas a discussão continua. Por exemplo, na perspectiva de Diego Gracia deve-se priorizar a não-maleficência sobre a beneficência. Ele divide os quatro princípios em dois níveis, a saber, o privado (autonomia e beneficên-

cia) e o público (não-maleficência e justiça). Em caso de conflito entre deveres destes dois níveis, os deveres no nível público sempre têm prioridade sobre os deveres individuais.

0 paradigma da bioética principialista (3)

Os “*princípios éticos básicos*”, quer sejam os três do *Relatório Belmont* ou os quatro de Beauchamp e Childress, propiciaram para os estudiosos de ética algo que sua própria tradição acadêmico-disciplinar não lhes forneceu: *um esquema claro para uma ética normativa que tinha de ser prática e produtiva.*

Segundo Albert Jonsen, um dos pioneiros da bioética, os princípios deram destaque para as reflexões mais abrangentes, vagas e menos operacionais dos filósofos e teólogos da época. Em sua simplicidade e objetividade, forneceram uma linguagem para falar com um novo público, formado por médicos, enfermeiros e outros profissionais da área de saúde(4).

A bioética tornou-se então principialista, por várias razões, entre outras:

- 1) Os primeiros bioeticistas encontraram na ética normativa de seu tempo, no estilo dos princípios, a *via media* entre a terra árida da metaética ou metafísica e as riquezas das visões da ética teológica, geralmente inacessíveis;
- 2) O *Relatório Belmont* foi o documento fundamental que respondeu

à necessidade dos responsáveis pela elaboração de normas públicas, uma declaração simples e clara das bases éticas necessárias para regulamentar a pesquisa;

3) A nova audiência, composta por médicos e estudantes de medicina, entre outros profissionais da área de saúde, foi introduzida nos dilemas éticos da época através da linguagem dos princípios, que mais do que tornar complexa na verdade ajudou a entender, clarear e chegar a acordos procedurais em questões extremamente difíceis e polêmicas trazidas pela tecnociência;

4) O sucesso do modelo principialista é devido à sua adoção pelos clínicos. Os princípios deram a eles um vocabulário, categorias lógicas para percepções e sentimentos morais não verbalizados anteriormente, bem como meios para resolver os dilemas morais num determinado caso, no processo de compreensão das razões e tomada de decisão.

A fonte de abusos do principialismo está na necessidade humana de segurança moral e de certezas num mundo de incertezas. Nesse sentido, o “principialismo” foi o porto seguro para os médicos durante o período de profundas mudanças na compreensão ética dos cuidados clínicos assistenciais nos Estados Unidos.

Tudo isso levou ao fortalecimento do assim chamado “principialismo”, que sem dúvida teve grandes méritos e alcançou muito sucesso. Em grande

parte, o que a bioética é nestes poucos anos de existência (30 anos) resulta principalmente do trabalho de bioeticistas na perspectiva principialista. Hoje, fala-se que o “principialismo” está doente, alguns críticos vão mais longe e até dizem que é um “paciente terminal”, mas chega-se ao quase consenso de que não pode ser visto como um procedimento dogmático infalível na resolução de conflitos éticos. Não é uma ortodoxia, mas uma abreviação utilitária da filosofia moral e da teologia, que serviu muito bem aos pioneiros da bioética e continua, em muitas circunstâncias, a ser útil ainda hoje. A bioética não pode ser reduzida a uma ética da eficiência aplicada predominantemente em nível individual. Nasce várias perspectivas de abordagem bioética para além dos princípios, que somente elencamos para conhecimento. Temos o modelo da casuística (Albert Jonsen e Stephen Toulmin), das virtudes (Edmund Pellegrino e David Thomasma), do cuidado (Carol Gilligan), do direito natural (John Finnis) e apostando no valor central da autonomia e do indivíduo, o modelo “liberal autonomista” (Tristram Engelhardt), o modelo contratualista (Robert Veatch), o modelo antropológico personalista (E. Sgreccia, D. Tettamanzi, S. Spinsanti) e o modelo de libertação (a partir da América Latina, com a contribuição da teologia da libertação), só para mencionar algumas perspectivas mais em evidência (5).

É bom lembrar que Beauchamp e Childress, principialistas notórios, tornam-se casuístas quando examinam os casos. Na quarta edição de sua famosa obra, *Principles of Biomedical*

Ethics, após a argumentação e reflexão sobre os princípios ao longo de sete capítulos, o capítulo oitavo (último) é todo dedicado “às virtudes e ideais na vida profissional”. Vale a pena registrar o que dizem esses autores na conclusão de sua obra: “Neste capítulo final fomos além dos princípios, regras, obrigações e direitos. Virtudes, ideais e aspirações por excelência moral, apóiam e enriquecem o esquema moral desenvolvido nos capítulos anteriores. Os ideais transcendem as obrigações e direitos e muitas virtudes levam as pessoas a agir de acordo com princípios e normas bem como seus ideais. (...) Quase todas as grandes teorias éticas convergem na conclusão que o mais importante ingrediente na vida moral da pessoa é o desenvolvimento de caráter que cria a motivação íntima e a força para fazer o que é certo e bom” (6).

Indício claro de que estes autores, notórios “principlistas”, apresentam um horizonte ético que vai além do mero principlismo absolutista, tão duramente criticado hoje pelos bioeticistas. Fica evidente que nesta nova versão de sua obra Beauchamp e Childress incorporaram as inúmeras observações críticas que receberam ao longo dos anos desde o surgimento da mesma.

O bom-senso aconselha ver os princípios como instrumentos para interpretar determinadas facetas morais de situações e como guias para a ação. Abusos de princípios ocorrem quando modelamos as circunstâncias para aplicar um princípio preferido e acaba-se caindo no “ismo”, e não se percebe mais que existem limites no procedimento principlista considerado

como infalível na resolução dos conflitos éticos.

Ao fazer uma avaliação dos princípios na bioética, que surgiram um pouco como a “tábua de salvação dos dez mandamentos”, Hubert Lepargneur aponta – entre outras observações a respeito dos limites dos princípios – que na implementação sempre está implicada uma casuística (análise de casos clínicos). Além disso, no horizonte bioético, para além dos princípios surge como tarefa para a bioética colocar no seu devido lugar a prudência como sabedoria prática, que vem desde a tradição aristotélica tomista e que foi esquecida na reflexão bioética hodierna. A sabedoria prática da prudência – *phronesis* – domina a ética e, portanto, a vivência da moralidade, porque vincula, numa síntese, o agente (com seu condicionamento próprio e intenção), o contexto da ação, a natureza da mesma ação e o seu resultado previsível. A figura de proa da ética é a *phronesis*, que forma as regras da ação e sabe implementá-las (7, 8).

A obra de maior colaboração inter e multidisciplinar produzida até o presente momento na área de bioética, *Encyclopedia of Bioethics*, ao definir o que é bioética muda significativamente sua conceituação entre a primeira (1978) e segunda edição (1995), justamente na questão ligada aos princípios. Na primeira edição a bioética é definida como sendo o “estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, enquanto examinada à luz dos valores e princípios morais” (o destaque em itálico é nosso). Independentemente das diversas teorias éticas que

pudessem estar por trás destes princípios e da interpretação dos mesmos, eles são o referencial fundamental. Na segunda edição a definição do que é bioética já não faz mais referência aos “valores e princípios morais” que orientam a conduta humana no estudo das ciências da vida e do cuidado da saúde, mas às diversas metodologias éticas e numa perspectiva de abordagem multidisciplinar. A bioética é definida como sendo o “estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão e normas morais – das ciências da vida e do cuidado da saúde, utilizando uma *variedade de metodologias éticas num contexto multidisciplinar*” (o destaque em itálico é nosso). Evita-se os termos “valores” e “princípios” num esforço para se adaptar ao pluralismo ético atual na área da bioética. Este é um sintoma evidente de que o panorama bioético, claramente principialista no início da bioética (década de 70), já não é mais o mesmo em meados da década de 90; houve uma evolução (9).

Após termos delineado alguns aspectos da evolução da bioética de um paradigma hegemônico principialista nas suas origens para uma busca “plural” multi e interdisciplinar de paradigmas, vejamos a seguir algumas características de duas tradições de bioética, especificamente a norte-americana e a europeia.

Bioética “made in USA” e bioética europeia (10)

Pelo exposto até o momento, percebemos que a bioética principialista

é um produto típico da cultura norte-americana. Existe uma profunda influência do pragmatismo filosófico anglo-saxão em três aspectos fundamentais: nos casos, nos procedimentos e no processo de tomada de decisões. Os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça são utilizados, porém no geral são considerados mais como máximas de atuação prudencial, não como princípios no sentido estrito. Fala-se mais de procedimentos e estabelecimentos de normas de regulação. Por exemplo, não há muita preocupação em definir o conceito de autonomia, mas em estabelecer os procedimentos de análise da capacidade ou competência (consentimento informado). Buscam-se os caminhos de ação mais adequados, isto é, resolver problemas tomando decisões a respeito de procedimentos concretos.

Diego Gracia, bioeticista espanhol, defende a tese de que não é possível resolver os problemas de procedimento sem abordar as questões de fundamentação. Fundamentos e procedimentos são, na verdade, duas facetas da mesma moeda, inseparáveis. Pobre é o procedimento que não está bem fundamentado e pobre é o fundamento que não dá como resultado um procedimento ágil e correto (11).

Nada mais útil do que uma boa fundamentação e nada mais fundamental que um bom procedimento, são convicções de grande parte de bioeticistas europeus. A filosofia na Europa sempre se preocupou muito com os temas de fundamentação, talvez até exageradamente, dizem alguns. Por outro lado, o pragmatismo norte-americano ensinou a cuidar dos pro-

cedimentos. Nesse sentido, pergunta-se se a integração das duas tradições não seria algo a ser perseguido.

Duas tradições distintas – é possível dialogar e integrar?

Numa perspectiva dialogal entre as tradições da bioética norte-americana e da europeia é interessante ouvir o bioeticista James Drane, estudioso de ética clínica e que se tem preocupado com a bioética na dimensão transcultural. Para ele, a ética europeia é mais teórica e se preocupa com questões de fundamentação última e de consistência filosófica. Diz: *“ao estar na Europa e ao identificar-me com o horizonte mental e com as preocupações de meus colegas, observo o caráter pragmático e casuístico de nosso estilo de proceder a partir de vossa perspectiva. Certamente, nossa forma de fazer ética não é a correta e as outras são erradas. De fato, estou convencido de que todos nós temos de aprender uns com os outros”* (12).

Existe nos Estados Unidos uma forte corrente pragmática, ligada à maneira como os norte-americanos lidam com os dilemas éticos. Tal estilo é influenciado por John Dewey (1859-1952), considerado o pai do pragmatismo, que aplicou os métodos da ciência na resolução de problemas éticos. Pragmatismo que se desenvolve como corolário do empirismo de Francis Bacon e do utilitarismo de Jeremy Bentham e John Stuart Mill – que mais tarde avançará para o positivismo lógico. Dewey pensava que a ética e as outras disciplinas humanistas progrediam muito pouco porque empregavam metodologias envelhecidas. Criticou a perspectiva clássica grega, segundo a qual os ho-

mens são espectadores de um mundo invariável em que a verdade é absoluta e eterna. Dewey elaborou uma ética objetiva, utilizando o método científico na filosofia. Para ele, a determinação do bem ou do mal era uma forma de resolver os problemas práticos empregando os métodos próprios das ciências, para chegar a respostas que sejam funcionais na prática. A tendência é de assumir uma perspectiva consequencialista com critério utilitarista. Não podemos esquecer que como reação a esta orientação dominante surge John Rawls e sua reflexão sobre a justiça como equidade.

Drane critica a perspectiva da bioética “made in USA”, que não leva em conta o caráter, as virtudes, mas fica pura e simplesmente polarizada numa reflexão racional sobre as ações humanas. Sem dúvida, este enfoque é parcial. A ética não trata somente de ações, mas também de hábitos (virtudes) e de atitudes (caráter). Nesse sentido, o enfoque ético europeu, fortemente marcado pela idéia de virtude e caráter, pode ser complementar ao norte-americano. A ética médica dos Estados Unidos se desenvolveu num contexto relativista e pluralista, porém se inspira na ciência e se apóia no postulado científico que exige submeter toda proposta à sua operacionalidade na vida real.

Segundo Drane, por mais importantes sejam as questões críticas sobre fundamentação, não seria imprescindível resolvê-las antes que se possa progredir. De fato, começar a partir da vida real (fatos e casos de uma determinada situação clínica) tem muita vantagem sobre o procedimento no sentido inverso, no caso o método de-

utivo baseado em elegantes teorias. Na visão deste bioeticista norte americano “*um dos aspectos mais inesperados e gratificantes da experiência americana em ética médica é ver os inúmeros acordos conseguidos em problemas médicos de grande complexidade, numa cultura pluralista, quando o processo começa com elementos reais e trata de encontrar uma solução prática e provável, mais que uma resposta certa e teoricamente correta*” (13).

Outro aspecto importante enfatizado por Drane é quando ele afirma que a ética médica salvou a ética, enquanto refletiu seriamente sobre o lícito e o ilícito em contato com os problemas reais. Colocou novamente a ética em contato com a vida. Stephen Toulmin fala do renascimento da filosofia moral em sua obra *Como a Ética Médica Salvou a Vida da Filosofia Moral*. A filosofia moral reencontrou o mundo da ação e a teologia moral libertou-se do moralismo.

A contribuição da ética teológica neste contexto foi importante e não deve ser esquecida. Ela nunca se afastou da realidade e foi capaz de tomar a iniciativa quando a atenção voltou-se para os problemas médicos. Pouco a pouco, também os especialistas leigos de ética se incorporaram neste movimento. Muitos dos problemas com os quais a ética teológica se preocupava, por exemplo, as questões relacionadas com o início e fim da vida, procriação e morte, procediam do campo médico. A ética foi forçada pela medicina a entrar em contato com o mundo real.

Anteriormente, os tratados de ética não eram documentários sobre temas de interesse das pessoas comuns,

mas escritos refinados e ininteligíveis sobre o significado dos conceitos morais. A ética se tornara inacessível, excetuando-se os refinados especialistas em lingüística, e praticamente não dizia nada a respeito dos problemas do dia-a-dia do cidadão comum.

A perspectiva anglo-americana é mais individualista do que a européia, privilegiando a autonomia da pessoa. Está prioritariamente voltada para microproblemas, buscando solução imediata e decisiva das questões para um indivíduo. A perspectiva européia privilegia a dimensão social do ser humano, com prioridade para o sentido da justiça e equidade, preferencialmente aos direitos individuais. A bioética de tradição filosófica anglo-americana desenvolve uma normativa de ação que, enquanto conjunto de regras que conduzem a uma boa ação, caracterizam uma moral. A bioética de tradição européia avança numa busca sobre o fundamento do agir humano. Para além da normatividade da ação, em campo de extrema complexidade, entreve-se a exigência da sua fundamentação metafísica (14).

Após esta exposição, ainda que introdutória, de duas visões fundamentais de bioética, das quais dependemos muito e que sem dúvida são fontes de inspiração para uma perspectiva bioética típica da América Latina, é necessário tecer algumas considerações a respeito de onde nos situamos frente a todo este cenário. Considerado como sendo o continente da esperança quando se olha prospectivamente, mas que, infelizmente, no presente é marcado pela exclusão, morte e marginalização crescente em todos os âmbitos da vida, nos perguntamos

se a bioética não teria um papel crítico transformador desta realidade.

Bioética latino-americana e bioética “made in USA”

A bioética, no seu início, defrontou-se com os dilemas éticos criados pelo desenvolvimento da medicina. Pesquisa em seres humanos, o uso humano da tecnologia, perguntas sobre a morte e o morrer são algumas áreas sensíveis nos anos 90. As questões originais da bioética se expandiram para problemas relacionados com os valores nas diversas profissões da saúde, tais como enfermagem, saúde pública, saúde mental, etc. Grande número de temas sociais foram introduzidos na abrangência temática da bioética, tais como saúde pública, alocação de recursos em saúde, saúde da mulher, questão populacional e ecologia, para lembrar alguns.

É dito que a tecnologia médica impulsiona o desenvolvimento da bioética clínica. Isto vale tanto na América Latina como nos Estados Unidos. No início, as perguntas que se faziam com maior frequência eram em torno do uso humano de uma nova tecnologia: o uso ou retirada de aparelhos, a aceitação ou não do consentimento informado.

Em alguns países da América Latina, a simples existência de alta tecnologia e centros de cuidados médicos avançados levanta questões em torno da discriminação e injustiça na assistência médica. As interrogações mais difíceis nesta região giram em torno não de como se usa a

tecnologia médica, mas quem tem acesso a ela. Um forte saber social qualifica a bioética latino-americana. Conceitos culturalmente fortes, como justiça, equidade e solidariedade, deverão ocupar na bioética latino-americana um lugar similar ao princípio da autonomia nos Estados Unidos.

Segundo Drane, os latino-americanos não são tão individualistas e certamente estão menos inclinados ao consumismo em suas relações com o pessoal médico do que os norte-americanos. Seria um erro pensar que o consentimento informado – e tudo o que com ele se relaciona – não fosse importante para os latino-americanos. O desafio é aprender dos Estados Unidos e dos europeus sem cair no imitacionismo ingênuo de importar seus programas (13).

a) Ampliar a reflexão ética do nível “micro” para o nível “macro”

O grande desafio é desenvolver uma bioética latino-americana que corrija os exageros das outras perspectivas e resgate e valorize a cultura latina no que lhe é único e singular, uma visão verdadeiramente alternativa que possa enriquecer o diálogo multicultural. Não podemos esquecer que na América-Latina a bioética tem o encontro obrigatório com a pobreza e a exclusão social. Elaborar uma bioética somente em nível “micro” de estudos de casos, de sabor apenas deontológico, sem levar em conta esta realidade, não responderia aos anseios e necessidades por mais vida digna. Não estamos questionando o valor incommensurável de toda e qualquer vida

que deve ser salva, cuidada e protegida. Temos, sim, que não perder a visão global da realidade excludente latino-americana na qual a vida se insere (15, 16).

À medida que a medicina moderna torna-se para as culturas de hoje o que a religião era na Idade Média, as questões com as quais a bioética se defronta tornam-se sempre mais centrais e geram um crescente interesse público. No limiar das controvérsias bioéticas, significados básicos estão mudando em todos os quadrantes do planeta: o significado da vida e morte, família, doença, quem é pai ou mãe. Maior comunicação e diálogo mútuo entre os povos com diferentes perspectivas será imensamente proveitoso no sentido de trazer uma compreensão mais profunda de cada cultura e soluções melhores para problemas críticos similares. As pessoas de diferentes regiões e culturas podem trabalhar para integrar as diferenças sociológicas, históricas e filosóficas e, algum dia quem sabe, gerar um conjunto de padrões bioéticos respeitoso e coerente, em que as pessoas religiosas e seculares podem igualmente partilhar.

No pensamento de J.A. Mainetti, a América Latina pode oferecer uma perspectiva bioética distinta e diferente da norte-americana por causa da tradição médica humanista e pelas condições sociais de países periféricos. Para este bioeticista argentino, a disciplina europeia de filosofia geral – com três ramos principais (antropologia médica, epistemologia e axiologia) – pode ser melhor equipada para transformar a medicina científica e acadêmica num novo paradigma biomédico humanista. Tal abordagem evitaria

acusações freqüentemente dirigidas à bioética norte-americana e europeia, de que o discurso da bioética somente surge para humanizar a medicina enquanto esquece ou não aborda a real desumanização do sistema. Por exemplo, o discurso bioético da autonomia pode esconder a despersonalização dos cuidados médicos e seus riscos de iatrogenia, a exploração do corpo e alienação da saúde. Como resposta ao desenvolvimento da biomedicina numa era tecnológica, a bioética deve ser menos complacente ou otimista em relação ao progresso e ser capaz de exercer um papel crítico frente a este contexto (17).

A realidade da bioética latino-americana, da bioética em tempos de cólera, AIDS e sarampo exige uma perspectiva de ética social com preocupação com o bem comum, justiça e equidade, antes que em direitos individuais e virtudes pessoais. Uma “macroética” de saúde pública pode ser proposta como uma alternativa para a tradição anglo-americana da “microética” ou ética clínica. Nestes países pobres, a maior necessidade é de equidade na alocação de recursos e distribuição de serviços de saúde (18,19).

Na perspectiva da bioética na América Latina, diz Diego Gracia: “Os latinos sentem-se profundamente desconfortáveis com direitos e princípios. Eles acostumaram-se a julgar as coisas e atos como bons ou ruins, ao invés de certo ou errado. Eles preferem a benevolência à justiça, a amizade ao respeito mútuo, a excelência ao direito. (...) Os latinos buscam a virtude e a excelência. Não penso que eles rejeitem ou desprezam os princípios (...).

Uma vez que as culturas latinas tradicionalmente foram orientadas pela ética das virtudes, a abordagem principialista pode ser de grande ajuda em evitar alguns defeitos tradicionais de nossa vida moral, tais como o paternalismo, a falta de respeito pela lei e a tolerância. Na busca da virtude e excelência, os países latinos tradicionalmente têm sido intolerantes. A tolerância não foi incluída como uma virtude no velho catálogo das virtudes latinas. A virtude real era a intolerância, a tolerância era considerada um vício. (...) A tolerância como uma virtude foi descoberta pelos anglo-saxões no século XVII. Esta é talvez a mais importante diferença com as outras culturas. A questão moral mais importante não é a linguagem que usamos para expressar nossos sentimentos morais, mas o respeito pela diversidade moral, a escolha entre pluralismo ou fanatismo. O fanatismo afirma que os valores são completamente absolutos e objetivos e devem ser impostos aos outros pela força, enquanto que a tolerância defende a autonomia moral e a liberdade de todos os seres humanos e a busca de um acordo moral pelo consenso” (20).

O desenvolvimento da bioética mundial vem ultimamente privilegiando preocupações éticas típicas de países tais como os da América Latina e Caribe. Daniel Wikler, na palestra conclusiva do III Congresso Mundial de Bioética, realizada em São Francisco, EUA, em 1996, intitulada “Bioethics and social responsibility”, diz que ao olharmos o nascimento e desenvolvimento da bioética temos já claramente delineadas quatro fases: a) primeira fase: temos os códigos de conduta dos profissionais. A bioética é pra-

ticamente entendida como sendo ética médica; b) segunda fase: entra em cena o relacionamento médico-paciente. Questiona-se o paternalismo, começa-se a falar dos direitos dos pacientes (autonomia, liberdade, verdade, etc.); c) terceira fase: questionamentos a respeito do sistema de saúde, incluindo organização e estrutura, financiamento e gestão. Os bioeticistas têm que estudar economia e política de saúde (Callahan - 1980) e d) quarta fase: é a que estamos entrando, neste final da década de 90. A bioética, prioritariamente, vai lidar com a saúde da população, com a adição, entre outros temas candentes, das ciências sociais, humanidades, saúde pública, direitos humanos e a questão da equidade e alocação de recursos (21). Esta agenda programática tem tudo a ver com o momento ético da América Latina.

b) O desafio de desenvolver uma mística para a bioética

Estaria incompleta nossa reflexão se não apontássemos a necessidade desafiante de se desenvolver uma *mística para a bioética*. Pode até parecer estranho para um pensamento marcado pelo pragmatismo e pelo culto da eficiência sugerir que a bioética necessite de uma mística. A bioética necessita de um horizonte de sentido, não importa o quanto estreito ou amplo seja, para desenvolver suas reflexões e propostas. Ao mesmo tempo, não podemos fazer bioética sem optar no mundo das relações humanas. Isto em si mesmo é uma indicação da necessidade de alguma forma de mística, ou de um conjunto de significados

fundamentais que aceitamos e a partir dos quais cultivamos nossos idealismos, fazemos nossas opções e organizamos nossas práticas.

Não é fácil definir em poucas palavras uma mística libertadora para a bioética. Ela necessariamente incluiria a convicção da transcendência da vida que rejeita a noção de doença, sofrimento e morte como absolutos intoleráveis. Incluiria a percepção dos outros como parceiros capazes de viver a vida em solidariedade e compreendê-la e aceitá-la como um dom. Esta mística seria, sem dúvida, testemunha no sentido de não deixar os interesses individuais egoístas se sobreporem e calarem a voz dos outros (excluídos) e esconderem suas necessidades. Esta mística proclamaria, frente a todas as conquistas das ciências da vida e do cuidado à saúde, que o imperativo técnico-científico, *posso fazer*, passa obrigatoriamente pelo discernimento de outro imperativo ético, *logo devo fazer*? Ainda mais, encorajaria as pessoas, grupos dos mais diferentes contextos sócio-político-econômico-culturais, a unir-se na empreitada de garantir uma vida digna para todos, na construção de um paradigma econômico e técnico-científico que aceite ser guiado pelas exigências da solidariedade humana (22).

Algumas notas conclusivas

1 - O modelo de análise teórica (paradigma) principialista iniciado com o *Relatório Belmont* e implementado por Beauchamp e Childress é uma linguagem entre outras linguagens éti-

cas. Não é a única exclusiva. A experiência ética pode ser expressa em diferentes linguagens, paradigmas ou modelos teóricos, tais como os da virtudes e excelência, o casuístico, o contratual, o liberal autonomista, o do cuidado, o antropológico humanista, o de libertação, só para lembrar alguns. Obviamente, a convivência com esse pluralismo de modelos teóricos exige diálogo respeitoso pelas diferenças em que a tolerância é um dado imprescindível. Todos esses modelos ou linguagens estão intrinsecamente inter-relacionados, mas cada um em si é incompleto e limitado. Um modelo pode lidar bem com um determinado aspecto da vida moral, mas ao mesmo tempo não com os outros. Não podemos considerá-los como sendo exclusivos, mas complementares. As dimensões morais da experiência humana não podem ser capturadas numa única abordagem. Isto não surpreende, pois a amplitude e a riqueza da profundidade da experiência humana sempre estão além do alcance de qualquer sistema filosófico ou teológico. É esta humildade da sabedoria que nos deixará livres do vírus dos “ismos” que são verdades parciais que tomam uma particularidade de uma realidade como sendo o todo.

2 - Os problemas bioéticos mais importantes da América Latina e Caribe são aqueles que se relacionam com a justiça, equidade e alocação de recursos na área da saúde. Em amplos setores da população ainda não chegou a alta tecnologia médica e muito menos o tão almejado processo de emancipação dos doentes. Ainda impera, via beneficência, o paternalismo. Ao princípio da autonomia, tão importante na

perspectiva anglo-americana, precisamos justapor o princípio da justiça, equidade e solidariedade (23, 24).

A bioética elaborada no mundo desenvolvido (Estados Unidos e Europa) na maioria das vezes ignorou as questões básicas que milhões de excluídos enfrentam neste continente e enfocou questões que para eles são marginais ou simplesmente não existem. Por exemplo, fala-se muito de morrer com dignidade no mundo desenvolvido. Aqui, somos impelidos a proclamar a dignidade humana que garante primeiramente um viver com dignidade e não simplesmente uma sobrevivência aviltante, antes que um morrer digno. Entre nós, a morte é precoce e injusta, ceifa milhares de vidas desde a infância, enquanto que no Primeiro Mundo se morre depois de se ter vivido muito e desfrutado a vida com elegância até na velhice. Um sobreviver sofrido garantiria a dignidade no adeus à vida?

3 - Característica típica de toda a região da América Latina e Caribe é a profunda religiosidade cristã católica, que hoje sofre um profundo impacto com seitas fundamentalistas via mídia eletrônica. O processo de secularização atingiu a burguesia culta, porém não a grande massa do povo. A moral dessa sociedade continua a ser fundamentalmente confessional, religiosa. Esta sociedade não conheceu o pluralismo característico da cultura norte-americana. Nasce aqui, sem dúvida, um desafio de diálogo, bioética-teologia, entre esta bioética secular, civil, pluralista, autônoma e racional com este universo religioso.

Thomasma e Pellegrino, notáveis pioneiros da Bioética, levantam três

questões que a bioética terá de enfrentar no futuro: a primeira é como resolver a diversidade de opiniões sobre o que é bioética e qual é o seu campo!; a segunda é como relacionar os vários modelos de ética e bioética, uns com os outros; a terceira é justamente o lugar da religião e a bioética teológica nos debates públicos sobre aborto, eutanásia, cuidado gerenciado (*managed care*) e assim por diante. Até agora, a bioética religiosa ficou na penumbra da bioética filosófica. *“À medida que nossa consciência de diversidade cultural aumenta, prevejo que os valores religiosos que embasam o diálogo público virão à tona. No momento, não existe uma metodologia para lidar com a crescente polarização que convicções autênticas trazem para os debates. De alguma forma, devemos ser capazes de viver e trabalhar juntos mesmo quando nossas convicções filosóficas e religiosas a respeito do certo e do errado estejam frequentemente em conflito e por vezes até incompatíveis”* (25).

4 - Uma macrobioética (sociedade) precisa ser proposta como alternativa à tradição anglo-americana de uma microbioética (solução de casos clínicos). Na América Latina, a bioética sumarizada num “*bios*” de alta tecnologia e num “*ethos*” individualista (privacidade, autonomia, consentimento informado) precisa ser complementada por um “*bios*” humanista e um “*ethos*” comunitário (solidariedade, equidade, o outro).

Refletindo prospectivamente com Alastair V. Campbell, presidente da Associação Internacional de Bioética (1996-1998), a respeito da bioética do futuro, uma questão-chave a ser enfrentada é a justiça na saúde e nos cuidados de saúde. Maior esforço de

pesquisa no sentido de construção da teoria bioética faz-se necessário junto com esta questão. A bioética não pode tornar-se uma espécie de “capelão na corte real da ciência”, perdendo seu papel crítico em relação ao progresso técnico-científico (26).

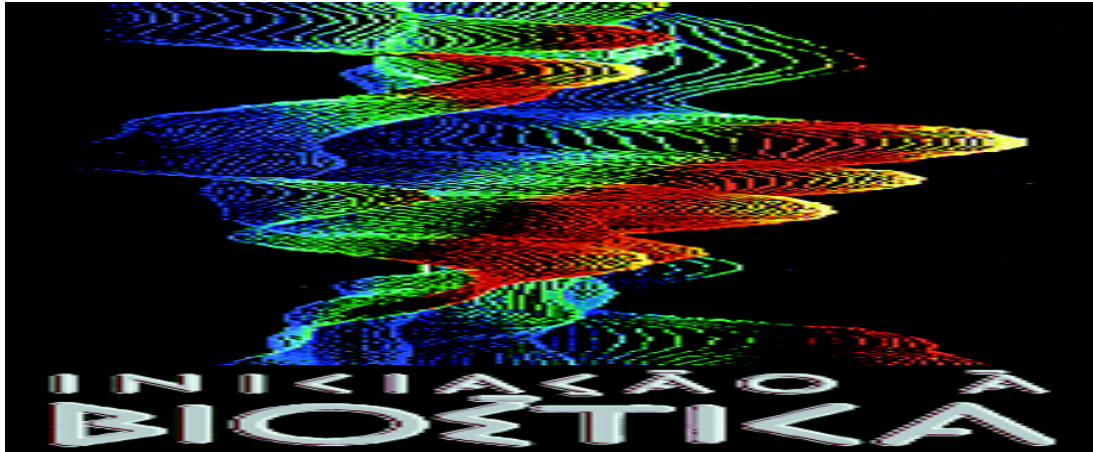
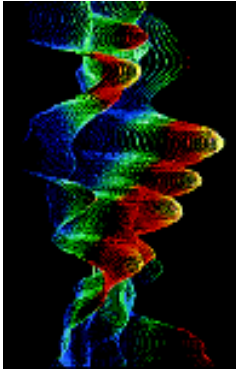
5 - É preciso cultivar uma sabedoria que desafie profeticamente o imperialismo ético daqueles que usam a força para impor aos outros, como única verdade, sua verdade moral particular, bem como o fundamentalismo ético daqueles que recusam entrar num diálogo aberto e sincero com os demais, num contexto sempre mais secular e pluralista. Quem sabe, a intuição pioneira de Potter (1971) ao cunhar a bioética como sendo uma *ponte para o futuro* da humanidade (27) necessita ser repensada neste limiar de um novo milênio, também como uma *ponte de diálogo multi e transcultural* (28) entre os diferentes povos e culturas, no qual possamos recuperar não apenas nossa tradição humanista como também o sentido e o respeito pela transcendência da vida na sua magnitude máxima (cósmico-ecológica) – e desfrutá-la como dom e conquista, de forma digna e solidária.

Referências

1. The Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research 1979. In: Reich WT, editors. *Encyclopedia of Bioethics*. revised edition. New York: Macmillan, c1995: 2767-73.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. Fourth Edition. New York: Oxford University Press, 1994.
3. Dubose ER, Hamel RP, O'Connell LJ, editors. *A matter of principles? ferment in U.S. bioethics*. Pennsylvania: Trinity Press International, 1994. Esta é a melhor obra disponível no momento atual para uma compreensão histórico cultural da gênese dos princípios bioéticos bem como uma profunda análise crítica e proposta de alternativas. É fruto de um encontro multidisciplinar (*case conference*) realizado em Chicago (Estados Unidos- 1992) sob os auspícios do *Park Ridge Center*, do qual participaram especialistas em bioética das mais diferentes partes do planeta. Representando a perspectiva latino-americana, Márcio Fabri dos Anjos, teólogo brasileiro, apresentou uma contribuição na perspectiva da teologia da libertação que é publicada nesta obra com o título “Bioethics in a liberationist key”. p.130-47.
4. Jonsen AR. Foreword. In: Dubose ER, Hamel RP, O'Connell LJ, editors. *A matter of principles: ferment in U.S. bioethics*. Pennsylvania: Trinity Press International, 1994: ix-xvii.
5. Para um aprofundamento crítico do principialismo a partir dos protagonistas norte-americanos da bioética, ver o número monográfico *Theories and methods in bioethics: principlism and its critics*. Kennedy Institute of Ethics Journal 1995;5(3). Destacamos: Beauchamp TL. Principlism and its alleged competitors. p.181-98; Veatch RM. Resolving conflicts among principles: ranking, balancing and specifying, p.199-218; Cluser KD. Common morality as an alternative to principlism, p.219-36; Jonsen AR. Casuistry: an alternative or complement to principles?, p.237-51; Pellegrino EP. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions, p.253-77.

6. Beauchamp TL, Childress JF. Op. Cit. 1994: 502. Ezekiel Emanuel ao fazer seu comentário da quarta edição da obra clássica de Beauchamp e Childress no prestigioso periódico *Hastings Center Report* 1995;25(4):37-8 intitulou seu trabalho "The beginning of the end of principlism". Este autor lembra que a 4ª edição é muito diferente das anteriores e pode até nem ser mais principialista, uma vez que os autores, nesta edição, apelam para um fundamento na moralidade comum e isto, segundo E. Emanuel, "*constitui uma mudança radical e anuncia o fim do principialismo*". Outros críticos da perspectiva principialista merecem ser lembrados: Gert B, Culver CM, Clouser KD. *Bioethics: a return to fundamentals*. Oxford : Oxford University Press, 1997, especialmente o capítulo quatro intitulado "Principlism", p. 71-92. Ver também o trabalho de Closer D, Gert B. A critique of principlism. *J Med Philos* 1990;15:219-36.
7. Lepargneur H. Força e fraqueza dos princípios da bioética. *Bioética (CFM)* 1996;4:131-43.
8. Lepargneur H. *Bioética, novo conceito: a caminho do consenso*. São Paulo: Loyola/CEDAS, 1996.
9. Reich WT, editors. *Encyclopedia of bioethics*. Revised edition. New York: Macmillan, 1995. Ver especialmente introdução, vol. 1, p. XXI.
10. Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996.
11. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991.
12. Drane JF. Preparación de un programa de bioética: consideraciones básicas para el Programa Regional de Bioética de la OPS. *Bioética (CFM)* 1995;1:7-18.
13. Drane JF. Bioethical perspectives from ibero-america. *J Med Philos* 1996;21:557-69.
14. Patrão Neves MC. A fundamentação antropológica da bioética. *Bioética (CFM)* 1996;4:7-16.
15. Anjos MF dos. Medical ethics in the developing world: a liberation theology perspective. *J Med Philos* 1996;21:629-37.
16. Anjos MF dos. Bioethics in a liberationist key. In: Dubose ER, Hamel RP, O'Connell LJ, editors. *A matter of principles: ferment in US bioethics*. Valley Forge, Pennsylvania: Trinity Press International, 1994: 130-47.
17. Mainetti JÁ. History of medical ethics: the americas and Latin America. In: Reich WT, editors. *Encyclopedia of bioethics*. revised edition. New York: Macmillan, c 1995. vol 5: 1639-44.
18. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética (CFM)* 1997;5:27-33.
19. Leisinger KM. Bioethics in USA and in poor countries. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 1993;2:5-8. Este autor fala de política de saúde como uma ramificação da bioética, sendo esta ainda uma disciplina nascente. Ao constatar o enorme fosso que separa a realidade de saúde norte-americana em comparação com os outros países em desenvolvimento, vale registrar: "*Enquanto nós começamos a enfrentar alguns de nossos complexos problemas de saúde com a engenharia genética, centenas de milhões de pessoas nos países em desenvolvimento sofrem de malária, filariose, esquistossomose, doença de Chagas ou mal de Hansen. Nenhuma dessas doenças – que são perfeitamente preveníveis e/ou curáveis – está sendo controlada de uma forma satisfatória e, para algumas delas, a situação está em franca deterioração.*" A bioética, na visão deste autor, deveria considerar a política de desenvolvimento nos países pobres. Um de-

- envolvimento que satisfaça as necessidades humanas mais básicas da população. Conseqüentemente, provisão de comida, educação básica, água potável, educação e facilidades sanitárias, habitação e cuidados de saúde básicos devem ser priorizados.
20. Gracia D. Hard times, hard choices: founding bioethics today. *Bioethics* 1995;9:192-206.
21. Wikler D. Bioethics and social responsibility. *Bioethics* 1997;11:185-6.
22. Anjos MF dos. *Op.Cit.* 1994:145.
23. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 4ª ed.rev.ampl. São Paulo: Loyola, 1997. (Cf. Especialmente o capítulo “Bioética na América Latina e Caribe”, p. 59-72)
24. Garrafa V. A dimensão da ética em saúde pública. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP/Kellogg Foundation, 1995.
25. Thomasma DC, Pellegrino ED. The future of bioethics. *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics* 1997;6:373-5.
26. Campbell AV. A bioética no século XXI. *Saúde Heliópolis* 1998;abr/maio:9-11.
27. Potter VR. *Bioethics: bridge to the future.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1971.
28. Esforços nesse sentido já estão em curso. Digna de nota é a atuação do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS). Em 1994, esta organização internacional, em cooperação com a Organização Mundial da Saúde, Unesco e Governo do México, na sua XXVIII Assembléia, realizada em Ixtapa (México, 17-20 de abril), abordou a candente problemática: “*Pobreza, vulnerabilidade, valor da vida humana e emergência da bioética*”. Como resultado deste evento, ao propor uma agenda global para a bioética “a declaração de IXTAPA” afirma: “*À luz do fato que a bioética se desenvolveu primordialmente, mas não de forma exclusiva, na maioria dos países desenvolvidos, existe a necessidade premente para a elucidação e adoção universal dos princípios básicos da bioética, de uma forma que reconheça as diferentes perspectivas em nível mundial relacionadas com moral, cultura, prioridades e valores. Um passo significativo em direção a este objetivo seria estabelecer ligações bilaterais e multilaterais, tais como cooperação técnica, intercâmbio e informação entre instituições e sociedades profissionais que trabalham com bioética nos países industrializados e nos países em desenvolvimento. Tais associações seriam mutuamente benéficas*”. Cf. Bankowski Z, Bryant JH, editors. *Poverty, vulnerability, and the value of human Life: a global agenda for bioethics.* Geneva: CIOMS, 1994.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Iniciação à Bioética

Publicação do Conselho Federal de Medicina
SGAS 915 – Lote 72
70390-150 – Brasília-DF
Fone: (061)346-9800
Fax: (061)346-0231
<http://www.cfm.org.br>
cfm@rudah.com.br

Organizadores

Sérgio Ibiapina Ferreira Costa
Volnei Garrafa
Gabriel Oselka

Equipe Técnica

Eliane Maria Medeiros Silva
Sulaima Leise da Silva

Projeto Gráfico

Tereza Hezim

Capa

Fernando Secchin

Copidesque/revisor

Napoleão Marcos de Aquino

Editoração Eletrônica

CMJ On Line

Tiragem

10.000 exemplares

Copyright @ 1998 Conselho Federal de Medicina

Ficha Catalográfica

Iniciação à bioética / Sergio Ibiapina Ferreira
Costa, Gabriel Oselka, Volnei Garrafa,
coordenadores. – Brasília : Conselho
Federal de Medicina, 1998.
pp. 302
ISBN 85-87077-02-3
1 - Bioética. I - Costa, Sergio Ibiapina Fereira.
II - Oselka, Gabriel. III - Garrafa, Volnei.

CDD 174.2